

Nombre del alumno:

Yovana Montejo López

Nombre del profesor:

L.E. Rubén Eduardo Domínguez

profesionalización
en enfermería

Materia:

Urgencias pediátricas

Nombre del trabajo:

ensayo

UNIDAD 11

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE URGENCIAS DE LOS TRASTORNOS

RESPIRATORIOS

ASFIXIA PERINATAL

La mayor parte de la morbilidad perinatal se encuentra relacionada a trastornos hipóxicos, traumáticos, infecciosos y farmacológicos, de ellos los más frecuentes son los asociados con la falta de oxígeno. La asfixia perinatal es una patología grave, de etiología múltiple, caracterizada por depresión cardiorrespiratoria, secundaria a hipoxemia y/o isquemia tisular fetal. Fisiopatológicamente hay hipoxemia, retención de CO₂ y acidosis metabólica que causa encefalopatía hipóxicoisquémica dejando consecuencias como parálisis cerebral entre otros daños. La asfixia va a menudo acompañada de isquemia, la cual agrava a su vez la debida a la acumulación de productos del catabolismo celular. El daño causado por la asfixia dependerá en último término de la medida en que se altera la entrega de oxígeno a los tejidos, la cual depende de: la cantidad de oxígeno de sangre arterial, que está determinada por la concentración de hemoglobina, tipo de hemoglobina, de la presión parcial de oxígeno (PaO₂) y de una circulación adecuada. Es en el Sistema Nervioso Central donde se produce el daño más relevante por su alta tasa de secuelas neurológicas permanentes.

CUERPOS EXTRAÑOS

La aspiración de un cuerpo extraño en niños supone una urgencia frecuente en pediatría, siendo potencialmente letal. Método: Revisión narrativa. Resultados: Esta patología afecta principalmente a niños menores de 5 años con un pico de incidencia entre el primer y tercer años de vida. La clínica dependerá del tipo de cuerpo extraño (tamaño, forma, posibilidad de romperse, orgánico o no), de la edad del niño y de la localización del objeto. En nuestro medio lo más frecuente es la aspiración de frutos secos (cacahuets y pipas de girasol). Tras el cuadro inicial suele presentarse un periodo asintomático que favorece el retraso del diagnóstico y conlleva posibles errores en el mismo. Discusión: Una adecuada historia clínica y una alta sospecha diagnóstica son fundamentales para favorecer un tratamiento precoz. La presencia de una radiografía de tórax normal no excluye la presencia de un cuerpo extraño en vía aérea, por lo que está indicada la realización de una broncoscopia si la sospecha diagnóstica es alta. El tratamiento de elección es la extracción mediante broncoscopia rígida, siendo controvertida la utilización del fibrobroncoscopio flexible. Conclusiones: La aspiración de un cuerpo

extraño es una urgencia pediátrica que precisa de un diagnóstico y tratamiento precoz. La máxima incidencia se presenta en menores de 3 años y más frecuentemente en varones. El material aspirado más habitual en nuestro medio son los frutos secos, localizándose principalmente en árbol bronquial. El episodio inicial puede pasar inadvertido, lo que retrasa el diagnóstico y puede dar lugar a una dificultad respiratoria progresiva en el niño. Es fundamental una historia clínica detallada y sospechar esta patología en niños en edad de riesgo que presenten tos y disnea de instauración brusca. La existencia de una radiografía de tórax normal.

debe posponer la realización de una broncoscopia cuando existe alta sospecha clínica. El tratamiento de elección para la extracción de cuerpos extraño en vía aérea en niños es la broncoscopia rígida, siendo controvertido el uso del fibrobroncoscopio flexible. Sin embargo, el uso de forma conjunta de ambos puede ser útil para la localización y extracción del objeto. La prevención de estos accidentes es fundamental para disminuir su frecuencia y las complicaciones asociadas.

La laringotraqueobronquitis

LT) o crup es una infección viral que afecta la laringe y se puede extender dentro de la tráquea y los bronquios. Siendo causa común de emergencias pediátricas. Es de carácter estacional, principalmente de climas fríos y de etiología viral en ciertas ocasiones por bacterias. Su característica clínica es ronquera tos perruna estridor inspiratorio, dificultad respiratoria. Su incidencia es mayor en niños entres 3 meses hasta 5 años. La resolución de los síntomas se da un periodo de 48 horas o más con una recuperación casi completa.

El crup es una causa frecuente de obstrucción aguda de la vías aéreas superiores en la infancia, representando el 15-20 % de las enfermedades respiratorias¹⁻³. Es un síndrome caracterizado por la presencia de un grado variable de tos perruna o metálica, afonía, estridor y dificultad respiratoria. Este cuadro clínico común se denomina con el término anglosajón de “crup”, que quiere decir “llorar fuerte”. La incidencia estimada es del 3-6 % en niños menores de 6 años de edad². La terminología es confusa y se la denomina con los siguientes términos: laringotraqueobronquitis, laringitis espástica, estridulosa, viral o crup, que corresponden a entidades clínicas difíciles de diferenciar. Las dos más frecuentes que provocan este síndrome son la laringotraqueítis aguda (LA) y el crup espasmódico. Ambas presentan características clínicas comunes, y la diferencia se establece, a veces, por el tiempo de resolución. El diagnóstico diferencial tiene poco valor para decidir el tratamiento, pero para el pediatra de atención primaria es importante diferenciar ambas de la epiglotitis y la traqueítis bacteriana, de evolución potencialmente fatal. El trastorno de base es un edema subglótico que provoca disfonía y compromiso de la vía aérea, causando tos perruna, estridor y dificultad respiratoria.

En el asma infantil, los pulmones y las vías respiratorias se inflaman fácilmente al estar expuestos a ciertos desencadenantes, como inhalar polen o tener un resfrío u otra infección respiratoria. El asma infantil puede causar molestos síntomas diarios que interfieren con los juegos, la práctica de deportes, la escuela y el sueño del niño. En algunos niños, el asma no controlada puede causar peligrosos ataques de asma. El asma infantil no es una enfermedad diferente al asma en los adultos, pero los niños enfrentan desafíos especiales. Esta enfermedad es una de las principales causas de visitas a la sala de emergencias, hospitalizaciones y ausencia de la escuela.

Desafortunadamente, el asma infantil no se puede curar y los síntomas pueden continuar hasta la edad adulta. Pero, con el tratamiento adecuado, tú y tu hijo pueden controlar los síntomas y evitar el daño a los pulmones en crecimiento

Síntomas

Los signos y los síntomas frecuentes del asma infantil incluyen:

Tos frecuente que empeora cuando tu hijo tiene una infección viral, se produce mientras tu hijo está dormido o se desencadena por ejercicio o aire frío

Un silbido o una sibilancia al espirar

Dificultad para respirar

Congestión u opresión torácica

El asma infantil también podría causar lo siguiente:

Problemas para dormir causados por dificultad para respirar, tos o silbido

Episodios de tos o silbido que empeoran con un resfrío o una gripe

Recuperación lenta de una infección respiratoria o bronquitis posterior a ella

Problemas para respirar que dificultan jugar o ejercitarse

Cansancio, que puede ser debido a dormir mal

Los signos y los síntomas del asma varían de un niño a otro y pueden empeorar o mejorar con el paso del tiempo. Tu hijo podría tener solo un indicio, como tos persistente o congestión en el pecho.

puede ser difícil saber si los síntomas tu hijo se deben al asma. La sibilancia periódica o persistente al respirar y otros síntomas similares al asma pueden deberse a una bronquitis infecciosa o a otro problema respiratorio.

Cuándo consultar con el médico

Lleva a tu hijo a un médico si sospechas que podría tener asma. El tratamiento precoz ayudará a controlar los síntomas y posiblemente a evitar ataques de asma.

Pide una consulta con el médico de tu hijo si observas:

- Tos constante, intermitente o que pareciera estar relacionada con la actividad física
- Sibilancia o silbido cuando tu hijo respira
- Dificultad para respirar o respiración rápida
- Quejas por opresión en el pecho
- Episodios repetidos de posible bronquitis o neumonía

Si tu hijo tiene asma, puede decir cosas como: "Mi pecho se siente raro" o "Estoy siempre tosiendo". Escucha la tos, que podría no despertar a tu hijo, cuando se duerme. El llanto, la risa, los gritos o las reacciones emocionales fuertes y el estrés también podrían desencadenar tos o silbido al respirar.

UNIDAD IV

GASTROENTERITIS AGUDA

Se puede definir la gastroenteritis aguda (GEA) como una inflamación de la mucosa gástrica e intestinal, habitualmente de causa infecciosa, que va a cursar clínicamente con un cuadro de deposiciones líquidas en número aumentado que suele acompañarse de vómitos, fiebre y dolor abdominal. Constituye una causa importante de morbilidad y mortalidad pediátrica en todo el mundo, produciendo 1,5 billones de episodios y 1,5-2,5 millones de muertes anuales en niños menores de 5 años. A pesar de tratarse de cifras muy elevadas, han disminuido considerablemente gracias a la instauración del tratamiento de las GEAs con soluciones de rehidratación oral.

ETIOPATOGENIA

La causa más frecuente de GEA en la edad pediátrica es la infección entérica, que puede estar originada por: – Virus (fundamentalmente Rotavirus, y con menor frecuencia, Adenovirus, Calicivirus, Astrovirus...). Constituyen la causa más importante de GEA en la infancia; especialmente en los países desarrollados. – Bacterias (Salmonella, Campylobacter, Shigella, Aeromonas, Yersinia...). Predominan en determinadas épocas del año y en niños mayores. Cobran especial relevancia en países en vías de desarrollo. – Parásitos (Giardia lamblia). Estos gérmenes van a producir la GEA alterando la absorción y secreción de agua y electrolitos a nivel intestinal mediante tres mecanismos: – Enterotóxico (V. cholerae, E. coli): liberación de toxinas que estimulan la secreción.

El síntoma principal de la GEA es la diarrea con aparición de heces de menor consistencia y/o mayor número, las cuales pueden contener moco y/o sangre. Otros síntomas que pueden aparecer son: náuseas, vómitos, dolor abdominal tipo cólico y fiebre. En general es un proceso autolimitado que suele resolverse en un periodo de unos 3 a 5 días.

TRATAMIENTO

Las bases para el tratamiento de la GEA han sido revisadas, recientemente, por la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN) en 2008: – Utilización de soluciones de rehidratación oral para corregir la deshidratación. – Uso de una solución hipotónica (60 mmol/l de sodio y 74-111 mmol/l de glucosa). – Rehidratación oral rápida: 3-4 horas. – Realimentación precoz, reiniciando una dieta adecuada para la edad, sin restricciones, tan pronto como se corrija la deshidratación. – Mantenimiento de la lactancia materna. – En caso de alimentación con fórmula, no se aconseja su dilución ni la utilización de fórmulas especiales (sin lactosa, hidrolizados...). – Suplementación con solución de rehidratación oral para las pérdidas mantenidas debidas a la diarrea. – No realización de pruebas de laboratorio ni aplicación de medicaciones innecesarias. Las soluciones de rehidratación oral (SRO) son el tratamiento de elección para reponer las pérdidas de agua y electrolitos causadas por la diarrea en niños con deshidratación leve o moderada. Ello es

gracias a que han demostrado ser un método seguro, rápido, económico, no agresivo y que permite la colaboración de los familiares. Existen varias SRO disponibles en el mercado (Tabla II). La primera SRO propuesta por la OMS, con una concentración de sodio de 90 mmol/l, estaba destinada fundamentalmente para las GEA de etiología colérica, con grandes pérdidas hidroelectrolíticas. Posteriormente se desarrollaron otras con menor contenido en sodio, más acordes con las pérdidas producidas por las GEA de nuestro medio. En cualquier caso, deben tener una relación glucosa/sodio adecuada (siempre inferior a 2/1) y una osmolaridad similar a la del plasma, condiciones que no cumplen las soluciones industriales (aquarius) o caseras que tienen una escasez de electrolitos y una elevada osmolaridad

HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL

La hemorragia gastrointestinal en el niño, constituye una entidad poco frecuente y en la mayoría de los casos sin consecuencias graves. Sin embargo, es un cuadro clínico aparatoso que generalmente provoca alarma en el entorno del paciente, tanto en la familia como en el profesional sanitario. En el niño, a medida que más pequeño es, los mecanismos de compensación de una pérdida aguda de volumen son menos eficaces que en el adulto, lo que le hace más vulnerable ante una hemorragia importante. El papel del pediatra ante una hemorragia digestiva se centra en evaluar la magnitud de las pérdidas y sus consecuencias hemodinámicas, en la identificación del origen y etiología del sangrado y en un tratamiento efectivo que impida el sangrado continuado cuya solución definitiva puede ser médica o quirúrgica.

Valoración general del niño con hemorragia digestiva La evaluación de un niño con sospecha de sangrado digestivo requiere una aproximación sistemática mediante una anamnesis y exploración clínica reglada que delimite: 1) Si se trata de un sangrado digestivo verdadero o por el contrario de una falsa hemorragia o de un sangrado extradigestivo, 2) El grado de repercusión hemodinámica secundario a la pérdida hemática, 3) El origen y la causa más probable del sangrado digestivo. El uso juicioso de técnicas complementarias, cuya indicación vendrá guiada por los datos de la anamnesis y exploración clínica, ayudará a delimitar en muchos casos la etiología de la hemorragia digestiva y el abordaje terapéutico más adecuado.

Evaluación de signos sugestivos de la etiología del sangrado

– Aspecto general: Coloración de la piel, si es icterica o se acompaña de lesiones cutáneas (petequias, telangiectasias, púrpuras, pigmentaciones, eritema nodoso), – Exploración nasofaríngea, buscando signos de sangrado procedentes de la nariz (rinitis, traumatismos) o de

las amígdalas (hipertrofia, congestión amigdalar). – Palpación y percusión abdominal tratando de buscar organomegalias, masas, distensión ó dolor a la palpación. – Exploración perianal y ano-rectal, realizando no solo inspección, sino también tacto rectal cuidadoso, que nos ayudará a poner en evidencia sangre en recto que no hubiera sido expulsada. – El examen de las heces nos puede ayudar a aclarar el origen o la zona de sangrado, de forma que ante un sangrado agudo, las características de las heces serían por lo general en forma de melena o hematoquecia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abi-Hanna D, Williams SJ, Gillespie PA, Bourke MJ. Endoscopic band ligation for non-variceal non-ulcer gastrointestinal haemorrhage. *Gastrointest Endosc* 1998; 48: 510-4. 2. Adams EC, Laytnan KM. Immunochemical confirmation of gastrointestinal bleeding. *Ann Clin Lab Sci*. 1974; 4: 3. Aljebreen AM, Fallone CA, Barkun AN. Nasogastric aspirate predicts high risk endoscopic lesion in patients with acute upper-GI bleeding. *Gastrointest Endosc* 2004; 59: 172-8.

Álvarez-Buylla Blanco M, Martínez Morán A, Álvarez Paredes I, Martínez Vidal J. Broncoscopia en población infantil tras aspiración de cuerpo extra-o. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2008;59(4):183-6. [https://doi.org/10.1016/S0001-6519\(08\)73290-4](https://doi.org/10.1016/S0001-6519(08)73290-4)
[https://doi.org/10.1016/S2173-5735\(08\)70218-7](https://doi.org/10.1016/S2173-5735(08)70218-7)

Chen X, Zhang C. Foreign body aspiration in children: Focus on the impact of delayed Treatment. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2017;96:111-5. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2017.03.013> - PMID:28390598

Gregori D, Salerni L, Scarinzi C, Morra B, Berchiolla P, Snidero S, et al. The ESFBI Study Group. Foreign bodies in the upper airways causing complications and requiring hospitalization

in children aged 0–14 years: results from the ESFBI study. *Eur Arch Otorhinolaryngol.*2008;265:971–8. <https://doi.org/10.1007/s00405-007-0566-8> - PMID:18210146

Iversen RH, Klug TE. Need for more clear parental recommendations regarding foreign body aspiration in children. *Dan Med J.* 2012;59(9):A4498. PMID:22951197

REFERENCIAS (EN ESTE ARTÍCULO)

Sanjay A, Evan Y. Snyder. Perinatal Asphyxia. In: Cloherty JP, Eichenwald EC, Stark AR. (Ed.)

Manual of Neonatal Care. Philadelphia: Lippincott W &